



Verificación de empleo Employment Verification

DIRECCIÓN POSTAL DEL DSHS DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905	
NÚMERO TELÉFONICO DEL DSHS	NÚMERO DE FAX DEL DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE CASO/CLIENTE	FECHA

Use tinta azul o negra y escriba en letra de imprenta o a máquina.

Sección 1: A ser completado por el cliente/empleador.			
Autorizo a mi empleador a divulgar información al Departamento de Servicios Sociales y de Salud.			
FIRMA DEL EMPLEADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	FECHA	
Sección 2: A ser completado por el empleador.			
NOMBRE DEL EMPLEADO		NOMBRE DEL EMPLEADOR	
PUESTO DEL EMPLEADO		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	
¿Es éste un empleo nuevo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		FECHA EN LA QUE EL EMPLEADO EMPEZÓ A TRABAJAR	FECHA EN LA QUE SE RECIBIÓ EL PRIMER CHEQUE
PROMEDIO DE HORAS SEMANALES	RAZÓN DE PAGO O SALARIO (POR HORA, POR DÍA O A DESTAJO)	¿Ha finalizado el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, cuándo: porqué:	
Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual			
¿ES EL EMPLEO UN TRABAJO ESTUDIANTIL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿QUÉ TIPO DE TRABAJO ESTUDIANTIL? <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal	SI CONTESTÓ QUE SÍ, VERIFIQUE EL MONTO TOTAL DE LA AYUDA FINANCIERA	¿CUÁNDO FINALIZARÁ SU PUESTO?
Ingresos brutos reales (o adjunte impresión de su nómina) para los últimos tres meses:			
MES: \$	MES: \$	MES: \$	
Ingreso bruto real para el mes actual y los ingresos brutos anticipados para los próximos dos meses:			
MES CORRIENTE: \$	MES: \$	MES: \$	
Propinas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____	
Comisiones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____	
Bonificaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____	
Sobretiempo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____	
Programa de trabajo (incluir los tiempos exactos cuando se pueda):			
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
¿Hay seguro de salud disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, ¿está el empleado inscrito en un plan de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuándo comienza la cobertura?			
¿Cuál es la porción de primas del empleado?			
FIRMA DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE			FECHA
NOMBRE Y TÍTULO DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE			NÚMERO DE TELÉFONO